

 <p><b>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENIGADO</b> Ciencia, educación y desarrollo Vigilado Mineducación</p>	<p><b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b></p>	<p><b>Código:</b> F-EI-0002</p> <hr/> <p><b>Versión:</b> 01</p> <hr/> <p><b>Página</b> 1 de 15</p>
--	--	--

## Contenido

- 1. DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA.....
- 2. OBJETIVO:.....
- 3. ALCANCE:.....
- 4. CRITERIOS DE AUDITORIA: .....
- 5. EQUIPO AUDITOR .....
- 6. FORTALEZAS .....
- 7. NO CONFORMIDADES.....
- 8. ASPECTOS POR MEJORAR .....
- 9. CONCLUSIONES.....

 <p>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO</p> <p>Ciencia, educación y desarrollo Vigilado Mineducación</p>	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 2 de 15

**Fecha del informe:** 23 de junio de 2023

**Fecha de la auditoria:** Las auditorías se ejecutaron del 12 al 31 de mayo de 2023, con fecha de cierre definitivo el día 06 de junio del 2023

**Auditoria N.º:** 01-2023

## 1. Datos Generales de la Auditoría:

Para la vigencia 2023, el programa anual de auditorías además de los objetivos que se han venido desarrollando, en lo referente al alcance, los criterios de auditoría y los riesgos, se ha adicionado a la verificación de cumplimiento de la norma ISO 9001-2015, la implementación de la ISO 21001-2018, norma que establece los Sistemas de Gestión para Organizaciones Educativas; ofrece todas las herramientas necesarias para gestionar de forma común a las organizaciones educativas. La implementación y desarrollo de esta auditoría, fue aprobada por el Comité Institucional de coordinación de Control Interno, el día 16 de febrero de 2023 como consta en el acta 001-2023

Desarrollando así lo aprobado por el CICCI, teniendo en cuenta el nuevo reto de la implementación de la ISO 21001-2018, se dio inicio al trabajo conjunto y articulado entre la Oficina Asesora de Control Interno, el jefe de la Oficina de Aseguramiento de la Calidad con su equipo de trabajo, y el apoyo del equipo de la Oficina de informática de la Institución a las capacitaciones tanto de auditores como auditados en las fechas 3 y 10 de mayo respectivamente.

Igualmente, por una valiosa propuesta del jefe de la Oficina de Aseguramiento de la Calidad, quien propuso y le fue aprobado por la Institución, la realización de un programa de certificación de un grupo de funcionarios, 14 en total, en norma ISO 21001-2018, elemento que fue esencial para el desarrollo de la Auditoría.

Así las cosas, brindaron capacitación a los funcionarios certificados como auditores internos, en lo relacionado con la Ruta para el desarrollo de auditorías internas, el análisis documental para su valoración, normas a considerar en la ejecución, redacción de hallazgos de auditoría, entre otros temas.

Se llevó a cabo reunión general de apertura, el día 12 de mayo e igualmente, se presentaron los resultados a todos los funcionarios de la Institución en la reunión de cierre el 06 de junio, lideradas por la Oficina Asesora de Control Interno y el acompañamiento del Jefe de Calidad, realizadas la primera presencial y a través de la plataforma Teams la de cierre.

Los resultados generales de auditoría interna, realizada en la vigencia 2023 a todos los procesos que conforman el Sistema de Gestión Integral-SGI, y da cuenta de los reportes de los informes de auditoría registrados por los auditores a través de la herramienta Gestión Positiva G+ para cada uno de los procesos auditados, se presentan a continuación.

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 3 de 15

## 2. Objetivo de la auditoría:

- Presentar los resultados de las auditorías internas realizadas entre el 12 y el 31 de mayo de 2023, a los 12 procesos caracterizados y que conforman el Sistema de Gestión Integral-SGI institucional, esto es, procesos Estratégicos, Misionales, Apoyo y de Evaluación.
- Con base en los criterios normativos y requisitos legales aplicables en cada uno de los procesos caracterizados, se verificó la conformidad del Sistema de Gestión Integral-SGI, evidenciando la conveniencia, adecuación, eficacia y alineación estratégica del sistema, en pro del mejoramiento continuo; evaluando la gestión en coherencia con la estrategia institucional para el logro y cumplimiento de los objetivos misionales.
- Evaluó el mantenimiento y la mejora continua del Sistema de Gestión Integral-SGI implementado.
- Verificó la participación y toma de conciencia de los funcionarios de la Institución frente al Sistema de Gestión Integral-SGI.
- Evaluó si los controles asociados a los riesgos en el proceso permiten evitar la materialización de estos en el cumplimiento de los objetivos misionales.
- Buscó determinar la eficacia de los procesos para cumplir con los requisitos legales, institucionales y de nuestros usuarios, en la búsqueda de generar acciones que contribuyan al mejoramiento continuo y la excelencia administrativa y académica.

## 3. Alcance de la Auditoría:

La auditoría interna realizada, comprendió los procesos, dependencias y niveles jerárquicos, definidos dentro de la estructura organizacional, el Sistema de Gestión Integral-SGI y en el programa de Auditoría de la vigencia 2023, así:

<b>Procesos</b>	
Procesos Estratégicos	Direccionamiento Institucional
	Comunicación e Información
	Gestión del Talento Humano
Procesos Misionales	Docencia
	Extensión
	Investigación
	Bienestar Institucional
Apoyo	Gestión Tecnológica
	Administración de Recursos Físicos y Financieros
	Apoyo a la Gestión Académica
Evaluación	Mejoramiento Continuo
	Evaluación Independiente

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 4 de 15

#### 4. Criterios de la Auditoria:

Los criterios tenidos en cuenta por los auditores en la ejecución de la auditoría fueron las normas vigentes aplicables, internas y externas, que se articulan para cada proceso ~~auto~~ dentro del Sistema de Gestión Integral-SGI, entre estas tenemos:

- Requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2015. Es de anotar que la norma NTC-ISO 9001:2015 en el numeral 9,2 hace referencia a las auditorías internas y las describe como una herramienta básica de la etapa de verificación de los ciclos de la mejora continua-PHVA (Planificar–Hacer–Verificar–Actuar).
- Requisitos de las Norma ISO 21001-2018 que establece el Sistema de Gestión para Organización Educativas” ofrece todas las herramientas necesarias para gestionar de forma común a las organizaciones educativas. Gestión para analizar, evaluar y garantizar la calidad de los procesos y servicios prestados por las instituciones educativas. Es decir, es una guía para que las organizaciones de este sector aumenten su eficacia y productividad.
- Requisitos legales aplicables en materia de educación superior y SGSST, entre otros.
- Como ejes dinamizadores del Sistema de Gestión Integral-SGI, los requisitos aplicables al proceso y definidos en su caracterización, así como los demás requisitos asociados al Sistema de Gestión Integral-SGI, requisitos de la Institución: Manuales, políticas, procedimientos, fichas técnicas de los servicios, fichas técnicas de los indicadores, riesgos, formatos y demás documentos del Sistema de Gestión Integral- SGI implementado, verificando que los controles estén presentes y funcionando.

#### 5. Equipo Auditor:

Para la ejecución del ciclo de auditoría, se dispuso de un grupo de auditores ya existente en la Institución a los que se sumó un grupo de Auditores formados por la Institución en ISO 21001-2018, al igual que otros funcionarios que ingresaron a la Institución como resultado del concurso y con formación de auditores. En coherencia con la complejidad del proceso, se designaron auditores acompañantes, lo que se evidencia en el programa de auditoría, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el día 16 de febrero como consta en el acta No.001-2023.

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 5 de 15

### Procesos auditados:

No.	PROCESO	LÍDER DE PROCESO	AUDITOR LÍDER	FECHA DE LA AUDITORÍA	FECHA ENTREGA INFORME	FECHA REAL DE ENTREGA DEL INFORME
1	Direccionamiento Institucional	Rectora de Asesor Planeación	George Herrera Portela Decano Facultad de Ciencias Empresariales	24/05/2023	29/05/2023	02/06/2023
2	Comunicación e Información	Asesora de Comunicaciones y Relaciones Públicas	Francisco José Acosta Contratista Oficina Asesora de Planeación	23/05/2023	26/05/2023	26/05/2023
3	Talento Humano	Jefe de Talento Humano	Marcela Arrubla Jefe Oficina Mercadeo	23/05/2023-25/05/2023	26/05/2022	26/05/2023
4	Docencia	Vicerrector de Docencia	Diana Pilar Jimenez Bedoya Asesora Oficina al Aseguramiento de la Calidad	17/05/2023 al 26/05/2023	31/05/2023	31/05/2023
5	Bienestar Institucional	Jefe de Bienestar Institucional	Juan Camilo Rendón jefe Oficina Aseguramiento de la Calidad	15/05/2023-16/05/2023	19/05/2023	19/05/2023
6	Extensión	Director de Extensión, Proyección Social y Empresarial	Camilo Andres Montoya Docente Ocasional al Tiempo Completo	17/05/2023 al 23/05/2023	26/05/2023	24/05/2023

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 6 de 15

No.	PROCESO	LÍDER DE PROCESO	AUDITOR LÍDER	FECHA DE LA AUDITORÍA	FECHA ENTREGA INFORME	FECHA REAL DE ENTREGA DEL INFORME
7	Investigación	Director de Investigación e Innovación	Carlos Mario Giraldo Jefe de Proyectos	23/05/2023	26/05/2023	26/05/2023
8	Proceso Apoyo a la Gestión Académica	Secretario General	Gladys Adriana Betancur Jefe Oficina Ciencias Básicas	19/05/2023 – 25/05/2023	30/05/2023	30/05/2023
9	Gestión de Recursos Físicos y Financieros	Vicerrector Administrativo y Financiero	Juan Carlos Ramirez Asesor Oficina de Planeación	18/05/2023	19/05/2023	30/05/2023
10	Gestión Tecnológica	Jefe de Informática	Luis Fernando Londoño Docente Ocasional Tiempo Completo	18/05/2023 – 19/05/2023	25/05/2023	26/05/2023
11	Mejoramiento Continuo	Asesor de Aseguramiento de la Calidad Jefe de Calidad	Natalia Andrea Echeverry Profesional Especializada	25/05/2023	30/05/2023	26/05/2023
12	Evaluación Independiente	Asesor de Control Interno	Juan Diego Perez Alvarez Jefe Oficina de Servicios Generales	18/05/2023	24/05/2023	25/05/2023

\*Dadas las necesidades de ajustes que se requirieron para el proceso auditor, el cuadro anterior, tiene una variación definitiva frete al presentad el día de la apertura del proceso auditor.

### Ejecución de la Auditoría bajo el ciclo PHVA:

Con el proceso de auditoría interna realizado, se buscó la verificación de la conformidad de los requisitos normativos legales e institucionales con enfoque en el ciclo PHVA desarrollado por los auditores, partiendo de:

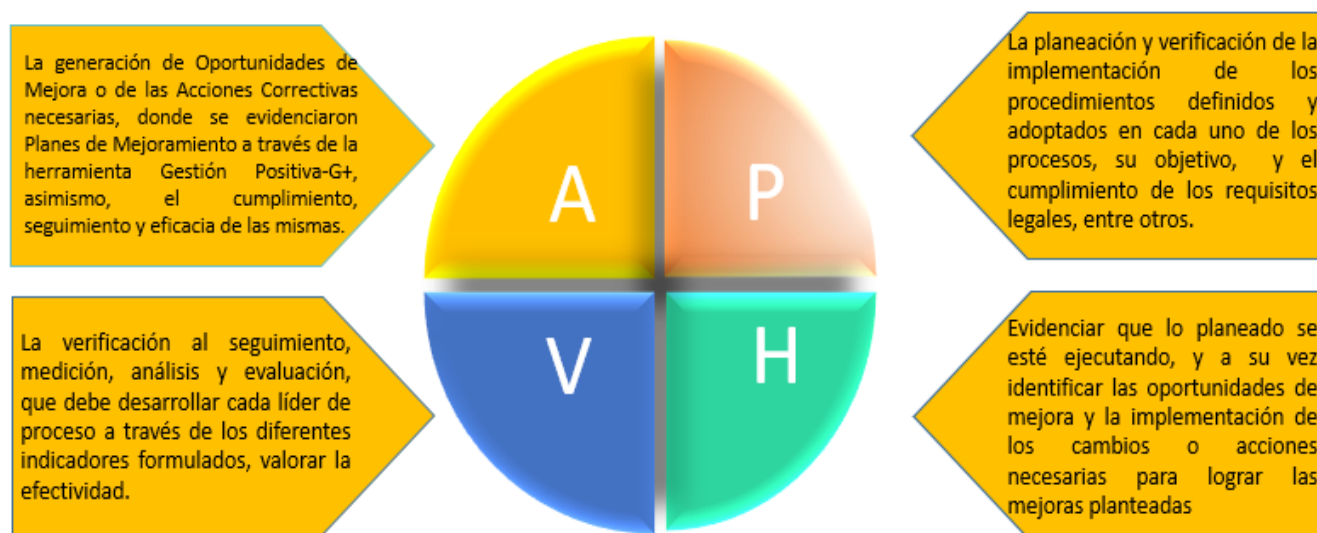
- La planeación consignada en las caracterizaciones de los procesos y los procedimientos definidos y la implementación o ejecución de estos.
- La verificación al seguimiento, medición, análisis y evaluación de los diferentes indicadores y riesgos formulados por cada proceso.
- Verificar la generación de las Acciones necesarias, consignadas en los Planes de Mejoramiento de los procesos, a través de la herramienta G+, evidenciando su

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 7 de 15

cumplimiento, seguimiento y eficacia.

### Proceso de Auditoría-Ciclo PHVA

El proceso de auditoría interna realizado fue desarrollado y orientado a la verificación de la conformidad de los requisitos legales e institucionales con enfoque en el ciclo PHVA, el cual parte de:



### Beneficios de la auditoría para la Institución:

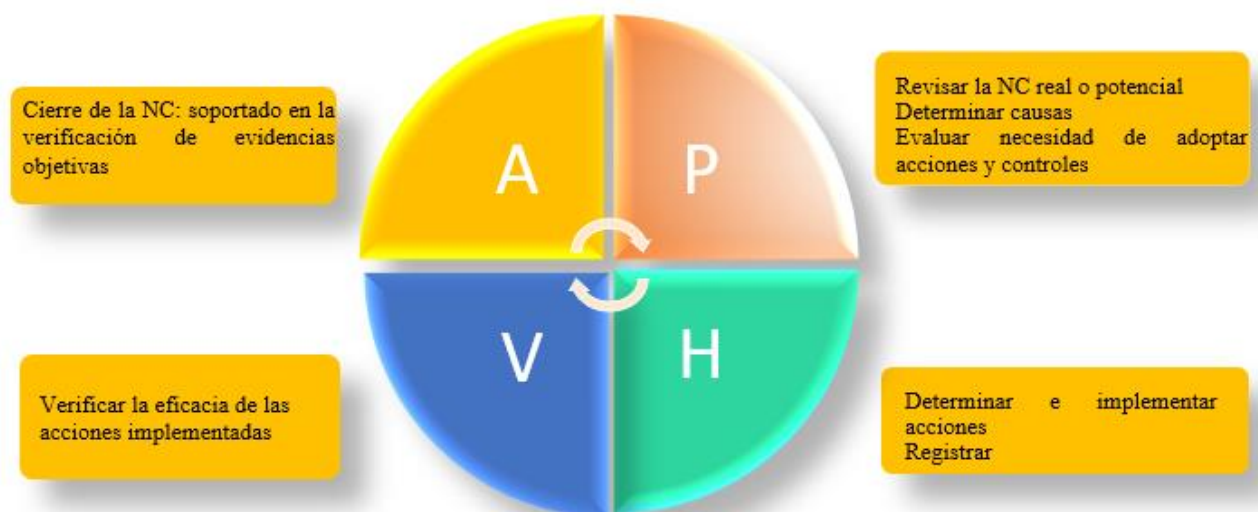
- Determinar el cumplimiento de la normatividad interna y externa aplicable a la Institución.
- Identificar o detectar las oportunidades de mejora.
- Examinar la existencia e implementación de los controles, si están presentes y funcionando.
- Evidenciar el nivel de desempeño y madurez de los procesos caracterizados.
- Detectar necesidades de capacitación del personal.
- Analizar la secuencia e interacción de los procesos.
- Se constituyen en insumo para el proceso de Revisión por la Dirección y una forma de asegurar la idoneidad, capacidad, efectividad y mejora del Sistema de Gestión Integral-

SGI para la auditoría externa por parte del ente certificador.

### Compromisos de los Líderes de los Procesos:

Identificar la causa raíz de las No Conformidades reales o potenciales detectadas, formular las acciones correctivas y preventivas a que haya lugar, siempre considerando los plazos para su cumplimiento e incluirlas en el plan de mejoramiento a través de la Herramienta G+, con el fin de eliminar las causas y evidenciar acciones de mejora al Sistema y al proceso.

## Secuencia de las Acciones Correctivas y Preventivas



**Mejora Continua**  
**Ajustar para Mejorar**



	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 9 de 15

## 6. Fortalezas:

En el desarrollo del proceso auditor, se identificaron fortalezas en todas las áreas, las mismas se consideran un valor agregado de suma importancia al interior de los procesos y del sistema, lo que evidencia la mejora continua y la transformación que se ha venido generando institucionalmente.

1. Se estableció por parte de los auditores el liderazgo y compromiso de los líderes de los procesos y el trabajo en equipo con sus grupos o equipos de trabajo, en lo atinente al mantenimiento y mejora de los procesos.
2. Competencia de cada uno de los auditores asignados para el desarrollo de las auditorías, lo que favorece la eficacia del procedimiento y del SGI.
3. Se confirmó que los procesos que conforman el Sistema de Gestión Integral-SGI orientan su quehacer al cumplimiento de la caracterización, sus procedimientos, al logro de sus objetivos y a la mejora continua.
4. Se pudo establecer, una mejora ostensible en los procesos, si se tiene en cuenta que se estaba evaluando una nueva ISO, que podía incidir en el resultado del proceso y lo que muestra claramente es la apropiación de los procesos y mejoramiento continuo tras la identificación de las no conformidades, que nos llevan a la preparación y ejecución de unos planes de mejoramiento que acompañados además, por la preocupación permanente de los funcionarios en cumplir los objetivos de manera adecuada y legalmente establecidos, permitirán la corrección con las acciones necesarias y adecuadas en cada proceso.

## 7. No conformidades:

Se identificaron en total cincuenta y un (95) hallazgos, de los cuales veinticuatro (24) representan No Conformidades y setenta y uno (71) aspectos por mejorar, lo que representa el 33% y 67% respectivamente.

No se presentaron hallazgos de No Conformidades en los procesos Dirección, Dirección Institucional, Comunicaciones e Información, Extensión, Investigación, Apoyo a la gestión Académica, Mejoramiento continuo y Evaluación Independiente.

### Aspectos por mejorar:

El mayor número de aspectos por mejorar se presentó en el proceso de Docencia, seguido del proceso de Extensión, Comunicaciones e información, Talento Humano y Gestión de Recursos Físicos y Financieros.

### Resultados de la Auditoría:

Se registraron en la Herramienta G+ diferentes tipos de acciones a saber:

- Fortalezas
- Sugerencias: el líder evalúa la pertinencia para la implementación

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 10 de 15

- No Conformidades                    10.2 ISO 9001:2015
- No Conformidades                    ISO 21001-2018
- Aspectos por mejorar                Plan de Mejoramiento

## 8. Conclusiones.

Las evidencias de la auditoría fueron evaluadas por los auditores con relación a los criterios de auditoría, esto es, respecto al conjunto de requisitos definidos por la institución para el cumplimiento en la entrega de productos o servicios a los grupos de interés/valor.

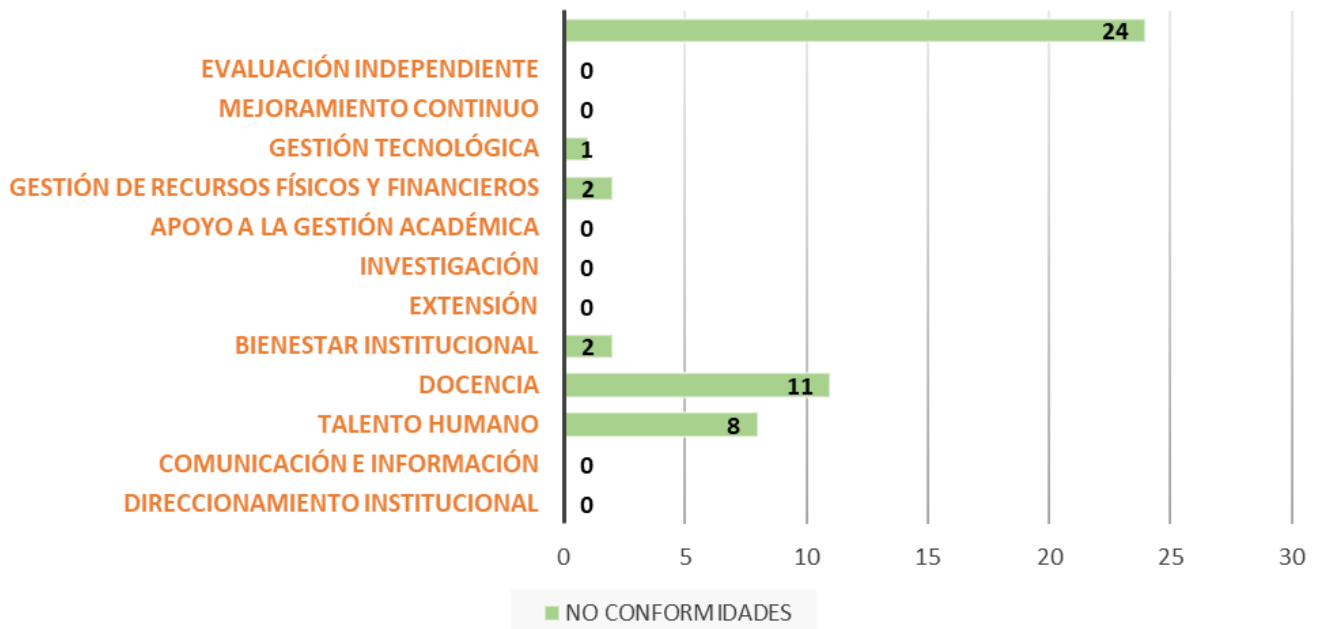
Se requiere la ampliación de la formación del **lenguaje claro** dentro del proceso auditor y la redacción de los hallazgos, con el fin de evitar alertas innecesarias que pueden maximizar elementos de los procesos que requieren acciones de Mejora y no acciones correctivas, o realizar procesos de conciliación que como en caso institucional se realizaron de manera correcta y adecuada, que demandan más una propuesta que ajustes por los responsables de este.

En la siguiente tabla se presenta el número de hallazgos, tipificación y aporte de cada uno de los procesos auditados:

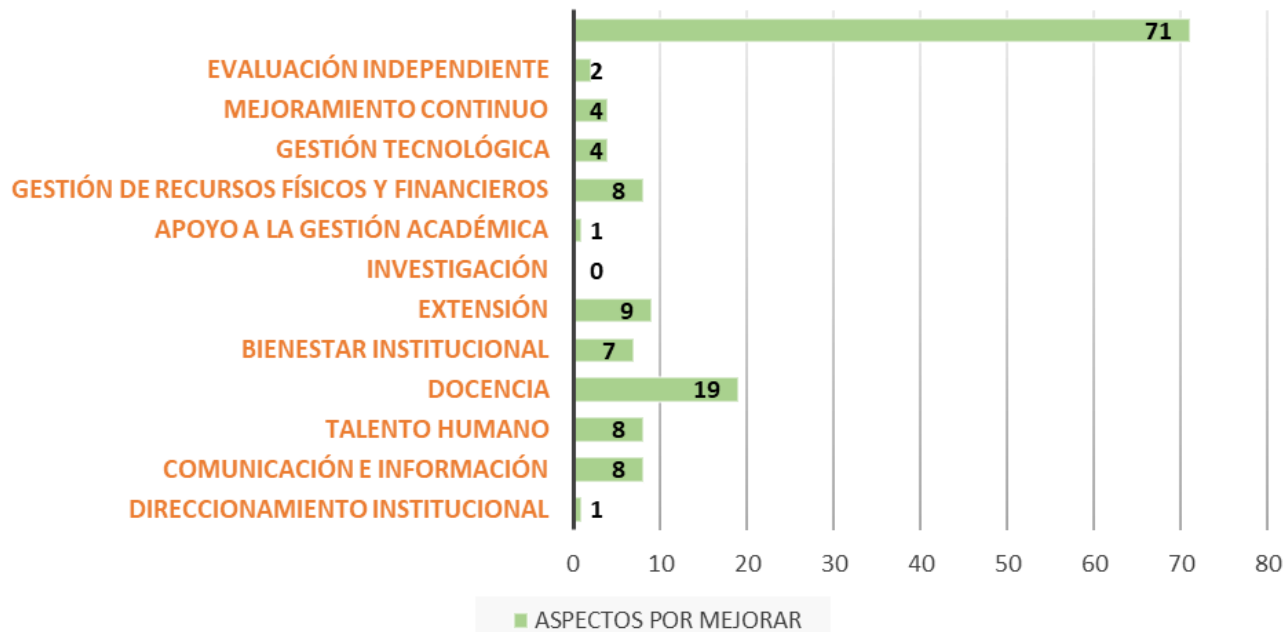
Proceso		Fortalezas	Sugerencias	No conformidades	Aspectos por mejorar	Conclusiones
Estratégicos	Direccionamiento Institucional	3	4	0	1	1
	Comunicación e Información	8	0	0	8	5
	Talento Humano	2	2	8	8	1
Misionales	Docencia	3	0	11	19	1
	Bienestar Institucional	8	8	2	7	4
	Extensión	15	23	0	9	5
	Investigación	3	3	0	0	1
Apoyo	Apoyo a la Gestión Académica	5	3	0	1	2

	<b>Gestión de Recursos Físicos y Financieros</b>	4	2	2	8	1
	<b>Gestión Tecnológica</b>	1	1	1	4	0
<b>Evaluación</b>	<b>Mejoramiento Continuo</b>	1	0	0	4	1
	<b>Evaluación Independiente</b>	1	0	0	2	1
<b>Total</b>		<b>54</b>	<b>46</b>	<b>24</b>	<b>71</b>	<b>23</b>

## NO CONFORMIDADES



## ASPECTOS POR MEJORAR



### No Conformidades y Aspectos por Mejorar más relevantes con respecto a la norma:

De acuerdo con los informes definitivos de la auditoría realizada a los procesos, los hallazgos con mayor frecuencia se corresponden a los requisitos que se presentan a continuación:

#### No Conformidades:

- Si bien se evidencia avances en la formulación de una propuesta de estructura del PEF por parte de los Profesionales especializados de las facultades, a la fecha, los PEF (2017- 2020) de las cuatro facultades, no están actualizados atendiendo los políticas y proyecciones dadas en el PEI (2020) y en el PEDI (2021-2025), incumpliendo el Decreto 1330 de 2019, artículo 2.5.3.2.3.1.3. Estructura administrativa y académica el requisito 8.1 Planificación y control operacional de la ISO 21001:2018 e ISO 9001:2015 Asimismo, no se evidencia el seguimiento de los PEF, por parte del Consejo de facultad de Ingeniería, considerando la vigencia de este de 2017-2020, lo que no le permite tener elementos para su seguimiento y evaluación eficiente, incumpliendo el Decreto 1330 de 2019, artículo 2.5.3.2.3.1.3. Estructura administrativa y académica y el requisito 8.1 Planificación y control operacional de la ISO 21001:2018 e ISO 9001:2015
- No se evidencia en actas del Comité de Permanencia, la evaluación del encuentro de estudiantes nuevos (inducción estudiantil) atendiendo sus funciones definidas en el artículo 2 literal g, del Acuerdo CA 12 de 2021), que les permita implementar acciones de mejora efectivas para el próximo proceso. Atendiendo el artículo 2.5.3.2.3.1.2 Mecanismos de selección y evaluación de estudiantes, del decreto 1330 de 2019 e ISO 21001:2018 e ISO 9001:2015, requisitos 8.1. Planificación y control operacional y 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación.

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002 <b>Versión:</b> 01 <b>Página</b> 13 de 15
---	--	--

- No se evidencia el seguimiento y evaluación al cronograma establecido de la ruta de resultados de aprendizaje institucional, por parte del proceso de Docencia, establecida en el Acuerdo 15 de 2021, además es un proyecto del plan de mejoramiento institucional. Incumpliendo el Decreto 1330 de 2019, artículo 2.5.3.2.3.1.4. literal b, Cultura de la autoevaluación, artículo 2.5.3.2.3.1.3. Estructura administrativa y académica literal b 1 y requisitos 10.2 mejora continua y 10.3. oportunidades de mejora y 8.3.4 Controles de diseño y desarrollo de la ISO 21001:2018 e ISO 9001:2015.
- No se evidencia el informe de impacto del desempeño de los egresados institucional, el último fue realizado en el 2020, incumpliendo lo establecido en el procedimiento seguimiento a egresados P-DO-0004, el artículo 2.5.3.2.3.1.5. del decreto 1330 de 2019 Programa de Egresados y 8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo de la ISO 21001:2018 e ISO 9001:2015.
- No se evidencia la evaluación de las actividades anuales realizadas con los egresados en el 2022, atendiendo el procedimiento P-DO-0004, que le permita contar con registros de la gestión con los egresados, incumpliendo el requisito 9.1.4. Métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación de la ISO 21001:2018 y 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación de la ISO 9001:2015.
- No se evidencia el análisis de los indicadores institucionales, del proceso de docencia, Promedio académico programas de pregrado y posgrado, así como el cálculo y análisis de los indicadores: promedios académicos y Saber Pro en los programas de Psicología, Administración de Negocios Internacionales y promedios académicos en Seguridad y salud en el trabajo, en sus respectivos Consejos de Facultad, incumpliendo el Decreto 1330 de 2019, artículo 2.5.3.2.3.1.4. literal b y e, Cultura de la autoevaluación y requisito 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación de la ISO 21001:2018 e ISO 9001:2015.
- No se evidencia la asignación de horas a los docentes del programa de Seguridad y Salud en el trabajo para la función sustantiva de extensión en el periodo 2023 -01, incumpliendo el artículo Artículo 2.5.3.2.3.2.8. Profesores del decreto 1330 de 2019 y 8.1 Planificación y control operacional de la ISO 21001:2018 e ISO 9001:2015.
- En el programa de Derecho no se evidencia el cumplimiento del Acuerdo del Consejo Académico 02 de 2020, el cual reglamenta la asignatura trabajo de grado, así como el procedimiento de acuerdo con la modalidad, de tal manera que se asigna un docente para desarrollar clases en la asignatura de trabajo de grado y adicionalmente se designa un asesor, con 2 horas semanales, generando mayor trabajo académico al estudiante del que corresponde según los créditos académicos. Así mismo, no se ha controlado la información que se generan de la ejecución de los procedimientos P-DO-0008 Trabajos de Grado Pregrado – Diplomado de profundización. No se evidencia la consolidación de los registros por estudiante, lo que impide evidenciar la ejecución de cada una de las etapas del procedimiento, como se identificó en el caso de los estudiantes Andrea Agudelo López y Cristian Camilo Benítez. Incumpliendo lo establecido en el numeral 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios de la ISO 21001:2018 e ISO 9001:2015.
- En el programa de Administración de Negocios internacionales, no se evidencia en las actas de consejo de facultad, la asignación del asesor de trabajos de grado al estudiante Juan Camilo Lopez Restrepo, atendiendo el procedimiento P-DO-0007- práctica profesional y el Acuerdo Consejo Académico 02 de 2020.

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 14 de 15

- Se evidencia una inconsistencia en el número de créditos de la asignatura Psicolingüística del programa de Psicología, según el plan de estudios aprobado en el Acuerdo CA 05 de 2020 es de 2 créditos, pero la carta descriptiva publicada en el G+ es de 3 créditos, incumpliendo el requisito 7.5. Información documentada de la ISO 21001:2018 e ISO 9001:2015.
- La carta descriptiva de la asignatura Derecho cambiario y aduanero del programa de Administración de negocios internacionales, en el G+ está en un formato desactualizado, no presenta trazabilidad de aprobación y actualización, incumpliendo el requisito 7.5. Información documentada de la ISO 21001:2018 e ISO 9001:2015.
- Política de SST actualizada versión 5 del 11 de abril de 2023 para todos los grupos de interés y de valor, la cual se encuentra publicada en la cartelera tercer piso bloque administrativo y cartelera bloque 8, y comunicada por correo electrónico el 27 de abril de 2023; igualmente se hizo solicitud para socialización por el boletín institucional, pero no se encuentra publicada la política en la página web institucional, así como tampoco se comunicó la nueva política al COPAST según lo establecido en el decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.6.5 pudiéndose presentar un incumplimiento en los elementos de la política. La política de desconexión laboral se está trabajando en su inclusión dentro de la política SST.
- Existe un procedimiento P-DI-0020 Gestión de requisitos legales y otros aplicables, donde no se relaciona las fuentes de consulta especialmente para el SG-SST. Se revisa la matriz de requisitos legales [https://www.iue.edu.co/wp-admin/adminajax.php?juwpfisadmin=false&action=wpfd&task=file.download&wpfd\\_category\\_id=431&wpfd\\_file\\_id=17555](https://www.iue.edu.co/wp-admin/adminajax.php?juwpfisadmin=false&action=wpfd&task=file.download&wpfd_category_id=431&wpfd_file_id=17555), encontrándose legislación de SST faltante por incluir ejemplo 15 normas (ley 2121 de 2021, res 773 de 2021, res 754 de 2021, decreto 1252 de 2021, circular 082 de 2022, res 223 de 2021, circular 14 de 2021, ley 2209 de 2022, ley 2251 de 2022, decreto 1430 de 2022, decreto 1427 de 2022, res 1238 de 2022, res 2012 de 2022, decreto 1347 de 2021, circular 0072 de 2021, res 555 de 2023): lo que puede desencadenar en un incumplimiento legal por parte de la institución, incumplimiento los requisitos 8.2.3 y 8.2.1.
- Se cuenta con una matriz de peligros y riesgos revisada en diciembre de 2022 según lo establecido en el procedimiento P-TH-0011 Documentación y Registros Seguridad y Salud en el Trabajo. En la fila expuestos no se incluyen todos los grupos de interés y de valor como los estudiantes. Y al revisar la matriz frente a los 2 accidentes presentados en 2022, por caídas al mismo nivel se califica este peligro con un nivel de consecuencia de 10, indicando que no requiere incapacidad, y un accidente generó una incapacidad de 3 días. Adicionalmente se encontró en la matriz el siguiente peligro sin identificar: actividades de aseo y limpieza laboratorio de química (manipulación de utensilios contaminados de químicos y rotos). Esta desarticulación puede desencadenar en futuros incidentes y accidentes en la institución.
- Se conforma el 23 de noviembre de 2022 por 4 principales y 4 suplentes a través de la resolución 20220942. El COPAST no cuenta con curso de formación de 50 horas, para ninguno de los integrantes de los diferentes comités: COPAST, brigada de emergencia y comité de convivencia laboral según lo establecido en el decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.8, numeral 10. Art. 2.2.4.6.15 Resolución 4927 de 2016 art 2. No se encontraron inspecciones realizadas en el 2022 por parte del COPAST. se encontraron inspecciones de extintores y camillas en abril de 2023. El plan de trabajo establece realizar inspecciones cuatrimestrales por parte del COPAST, pero no incluye otras actividades

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 15 de 15

tales como validación de la política, revisión de la matriz de peligros y riesgos entre otros, lo que conlleva al incumplimiento de los roles y responsabilidades del COPAST.

- Se verifica la entrega de EPP para el contrato de jardinero con registro de entrega y firma por parte del contratista, sin embargo, no se tiene una manera adecuada para cruzar esta entrega con una matriz en la cual se especifiquen los EPP a usar de acuerdo con los peligros expuestos de la labor a ejecutar, por tanto se requiere actualizar el profesiograma incluyendo los contratistas, conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015. Se revisa examen de ingreso de la auxiliar administrativa Leidy Johana Garcés Sierra del 13 de octubre de 2022, en el cual se realizan una serie de recomendaciones médicas para el desarrollo de sus funciones, la encargada de SST informa que se realiza seguimientos, sin embargo la información no se encuentra consolidada; en los exámenes médicos realizados no se encontró audiometría; al revisar el manual de funciones en la función específica #5 se establece contestar llamadas; revisado el profesiograma se identificó la necesidad de este examen situación que incumple con el decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019, en las actividades de exposición al riesgo. Igualmente se hizo la revisión de los exámenes ocupacionales para las manipuladoras de alimentos Maria Isabel Nisperuza y Sonia Maria Morales del 21 de marzo de 2023, que prestan los servicios con el contratista la cajita. Tampoco fue posible identificar los exámenes requeridos según profesiograma o contrato, de igual manera no se evidencia el curso de manipulación de alimentos. Se presentaron registros de curso de BPM y principios básicos de higiene personal dictados el 04 de marzo de 2023 por el mismo contratista. Lo que puede desencadenar demandas, enfermedades laborales y accidentes en la institución.
- Existe un procedimiento P-DI-0020 Gestión de requisitos legales y otros aplicables, donde no se relaciona las fuentes de consulta especialmente para el SG-SST. Se revisa la matriz de requisitos legales [https://www.iue.edu.co/wp-admin/adminajax.php?juwpfisadmin=false&action=wpfd&task=file.download&wpfd\\_category\\_id=431&wpfd\\_file\\_id=17555](https://www.iue.edu.co/wp-admin/adminajax.php?juwpfisadmin=false&action=wpfd&task=file.download&wpfd_category_id=431&wpfd_file_id=17555), encontrándose legislación de SST faltante por incluir ejemplo 15 normas (ley 2121 de 2021, res 773 de 2021, res 754 de 2021, decreto 1252 de 2021, circular 082 de 2022, res 223 de 2021, circular 14 de 2021, ley 2209 de 2022, ley 2251 de 2022, decreto 1430 de 2022, decreto 1427 de 2022, res 1238 de 2022, res 2012 de 2022, decreto 1347 de 2021, circular 0072 de 2021, res 555 de 2023): lo que puede desencadenar en un incumplimiento legal por parte de la institución, incumplimiento los requisitos 8.2.3 y 8.2.1.
- Se cuenta con una matriz de peligros y riesgos revisada en diciembre de 2022 según lo establecido en el procedimiento P-TH-0011 Documentación y Registros Seguridad y Salud en el Trabajo. En la fila expuestos no se incluyen todos los grupos de interés y de valor como los estudiantes. Y al revisar la matriz frente a los 2 accidentes presentados en 2022, por caídas al mismo nivel se califica este peligro con un nivel de consecuencia de 10, indicando que no requiere incapacidad, y un accidente generó una incapacidad de 3 días. Adicionalmente se encontró en la matriz el siguiente peligro sin identificar: actividades de aseo y limpieza laboratorio de química (manipulación de utensilios contaminados de químicos y rotos). Esta desarticulación puede desencadenar en futuros incidentes y accidentes en la institución.
- Se conforma el 23 de noviembre de 2022 por 4 principales y 4 suplentes a través de la resolución 20220942. El COPAST no cuenta con curso de formación de 50 horas, para ninguno de los integrantes de los diferentes comités: COPAST, brigada de emergencia y comité de convivencia laboral según lo establecido en el decreto 1072 de 2015 Art.

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002 <b>Versión:</b> 01 <b>Página</b> 16 de 15
---	--	--

2.2.4.6.8, numeral 10. Art. 2.2.4.6.15 Resolución 4927 de 2016 art 2. No se encontraron inspecciones realizadas en el 2022 por parte del COPAST. se encontraron inspecciones de extintores y camillas en abril de 2023. El plan de trabajo establece realizar inspecciones cuatrimestrales por parte del COPAST, pero no incluye otras actividades tales como validación de la política, revisión de la matriz de peligros y riesgos entre otros, lo que conlleva al incumplimiento de los roles y responsabilidades del COPAST.

- Se verifica la entrega de EPP para el contrato de jardinero con registro de entrega y firma por parte del contratista, sin embargo, no se tiene una manera adecuada para cruzar esta entrega con una matriz en la cual se especifiquen los EPP a usar de acuerdo con los peligros expuestos de la labor a ejecutar, por tanto se requiere actualizar el profesiograma incluyendo los contratistas, conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015. Se revisa examen de ingreso de la auxiliar administrativa Leidy Johana Garcés Sierra del 13 de octubre de 2022, en el cual se realizan una serie de recomendaciones médicas para el desarrollo de sus funciones, la encargada de SST informa que se realiza seguimientos, sin embargo la información no se encuentra consolidada; en los exámenes médicos realizados no se encontró audiometría; al revisar el manual de funciones en la función específica #5 se establece contestar llamadas; revisado el profesiograma se identificó la necesidad de este examen situación que incumple con el decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019, en las actividades de exposición al riesgo. Igualmente se hizo la revisión de los exámenes ocupacionales para las manipuladoras de alimentos Maria Isabel Nisperuza y Sonia Maria Morales del 21 de marzo de 2023, que prestan los servicios con el contratista la cajita. Tampoco fue posible identificar los exámenes requeridos según profesiograma o contrato, de igual manera no se evidencia el curso de manipulación de alimentos. Se presentaron registros de curso de BPM y principios básicos de higiene personal dictados el 04 de marzo de 2023 por el mismo contratista. Lo que puede desencadenar demandas, enfermedades laborales y accidentes en la institución.
- En la actividad de mantenimiento realizada al cambio de canoa el 22 de febrero de 2022 se registra supervisor Joaquín y operarios Jose David y Jario Estrado, los certificados de trabajo en altura evidenciados corresponden al mes de mayo de 2022, posterior a la actividad de trabajo en alturas realizada. Lo que puede ocasionar un accidente grave.
- Actualmente la Institución no cuenta con el PESV de acuerdo con los requisitos establecidos en la Ley 1503 de 2013 Art. 12, lo que puede generar accidentes y sanciones a la institución.
- De conformidad con lo establecido en los numerales 8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios ISO 9001:2015 y 8.2.1 Determinación de los requisitos para los productos y servicios educativos ISO 21001:2018, se deberá realizar la respectiva evaluación de los requisitos legales aplicables y velar por su cumplimiento, se evidenció que en la matriz evaluada en el periodo 2022 no se cumplieron 14 requisitos de todos los procesos y dos (2) específicamente del SG-SST, sin embargo, no se evidencian los planes de mejoramiento respectivos para su cumplimiento, de la gestión adecuada, salvaguardando la Institución de procesos legales por dichos incumplimientos.
- No se evidencia cumplimiento a los requisitos Decreto 1330 de 2019: Condición modelo de bienestar y Condición estructura académica administrativa (política de gestión institucional y bienestar), ISO 21001:2018: 4.4.2 / 7.5 e ISO 9001:2015: 4.4 / 7.5, por cuanto se realiza un diagnóstico completo de la parte documental del proceso Bienestar Institucional en el Sistema de Gestión Integral, encontrando que al realizar el cruce



	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 17 de 15

documental para verificar que los formatos, manuales y guías hagan parte de los procedimientos, se evidencia que 16 tipologías documentales del proceso no se encuentra articuladas a procedimientos. De igual manera, se identifica que en uno de los hallazgos de la auditoría 2022 (Acción de mejora 991), se desarrolló el compromiso de las dos reuniones de análisis documental, sin embargo, es necesario seguir trabajando en la consolidación documental en el SGI, y revisar la actualización normativa y alcance dispuestos en los procedimientos. Finalmente, conforme a lo dispuesto en la caracterización y en las políticas de Bienestar Institucional, se hace evidente la necesidad de un procedimiento para la gestión de cátedras de bienestar institucional y un procedimiento para desarrollo y promoción del talento humano. La buena gestión de la parte documental del proceso facilitará la gestión del conocimiento al interior de este.

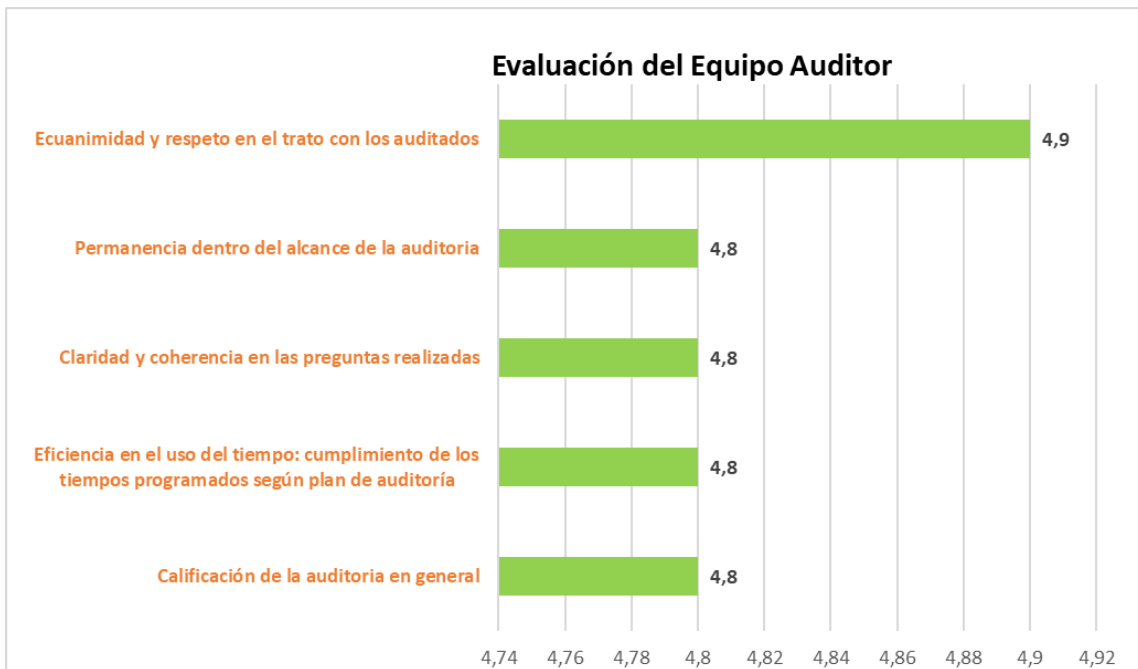
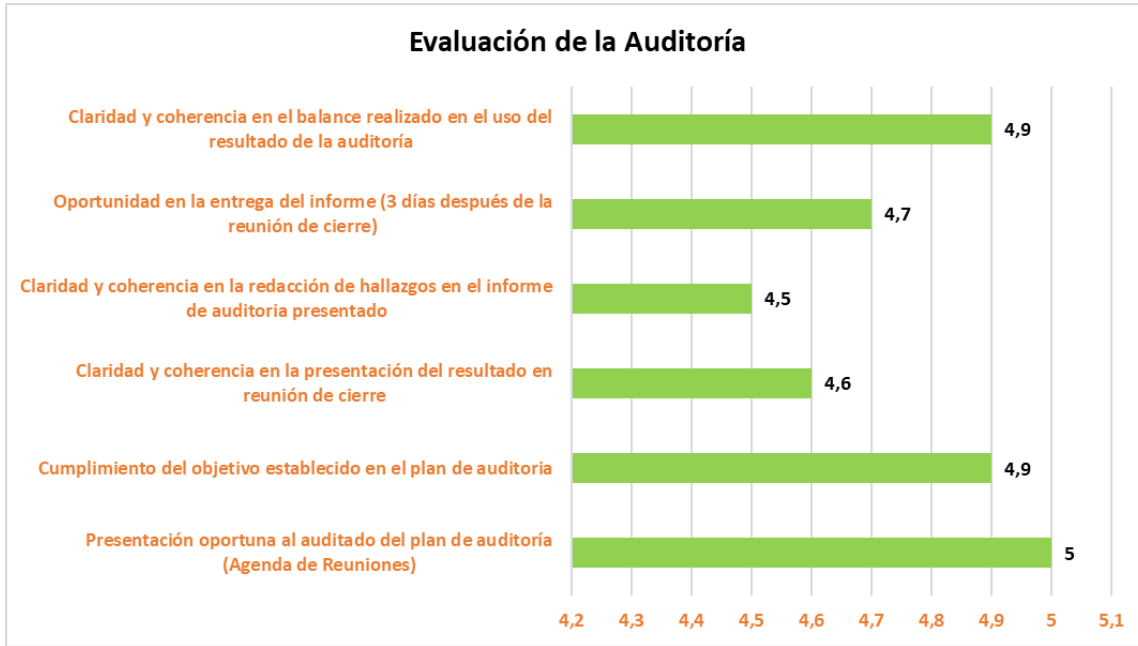
- Se evidencia incumplimiento al Decreto 1330 de 2019: - Condición modelo de bienestar - Condición estructura académica administrativa (política de gestión institucional y bienestar), ISO 21001:2018: 5.1.2 / 5.1.3 / 8.1.3 / 8.2. e ISO 9001:2015: 8.2, por cuanto no se cuenta con la caracterización de estudiantes con necesidades educativas especiales de la vigencia 2022, informando que la base de datos se encuentra con inconvenientes, sin embargo, esta actividad debería haberse culminado a la fecha y los ajustes haberse realizado en el segundo semestre del 2022, por cuanto desde el mes de agosto ya se contaba con el censo estudiantil consolidado. Sin esta información se desconoce los tipos de necesidades educativas con que cuenta la Institución en el momento y no permite establecer las necesidades y expectativas de este grupo de valor.
- NO se encontró el Plan de Acción para la vigencia 2022, y los compromisos relacionados por dependencias, lo que no permite un control ni seguimiento claro para el cumplimiento de las acciones y actividades a ejecutar durante el año. (criterio 8.1. Planificación y control operacional – 8.1.1. generalidades ISO 9001:2015).
- No se evidencia el registro asociado a los servicios que lidera la dependencia, esto no permite identificar oportunidades que contribuyan al mejoramiento del proceso (Criterio 7.5 Información documentada requerida en la norma ISO 9001:2015).
- NC 9.1.3 ISO9001 - 21001 No hay documentos de manejo de gestión de riesgos y políticas de gestión de la seguridad informática. Al indagar por los riesgos nos indica que es un modelo institucional y que se debe tener en cuenta la gestión de los riesgos sale desde planeación, sin embargo, Hay un documento que publicado en la Web que se llama 17-PolíticaSeguridadDigital (1). Y que reciben los nombres de procedimiento que deben crear No hay procesos, procedimientos y manuales • Política de Seguridad y Privacidad de la Información • Procedimientos de seguridad de la información • Roles y responsabilidades de seguridad y privacidad de la información. • Integración del MSPI con el Sistema de Gestión Documental • Identificación, valoración y tratamiento del riesgo • Actualmente no se tiene estos procesos definidos para la gestión del riesgo y la vulneración de los sistemas de información.

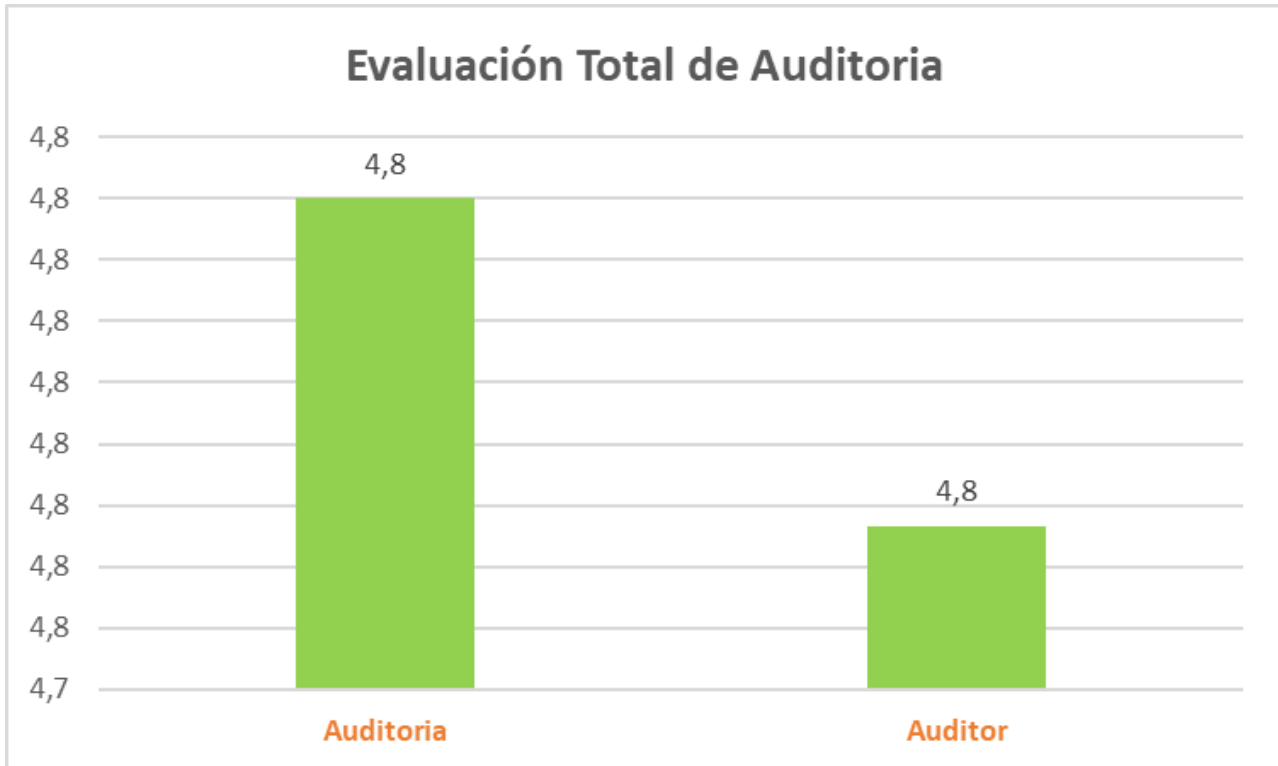
### **Aspectos por Mejorar:**

En lo atinente al proceso de docencia y a los aspectos de mejora planteados por el equipo auditor, debe realizarse de manera juiciosa la validación de los requerimientos del Decreto 1330 de 2019 que son la mayoría e igualmente a las acciones de mejora referentes a la adecuación de los procesos en todo lo que concierne a la norma ISO 21001:2018 teniendo en cuenta su nueva implementación. De igual forma sobre la norma ISO 9001:2015 siendo válidas y oportunos los señalamientos hechos, debe igualmente, realizarse un trabajo para dar cumplimiento a la norma y las demás que allí se señalan.

Igualmente, los demás procesos requieren realizar las adecuaciones, seguimientos y evaluaciones, determinadas en los aspectos por mejorar derivados del proceso auditor.

**Evaluación de la auditoría:**





## 9. Conclusiones generales para el SGI:

Como resultado de las auditorías y a partir de las evidencias obtenidas se concluye que:

- ✓ Como resultado del ciclo de auditorías ejecutado en la vigencia, se puede determinar que el Sistema de Gestión Integral-SGI de la Institución Universitaria de Envigado se mantiene de manera eficiente, eficaz y efectiva y es coherente con las disposiciones planificadas y con los requisitos que lo componen.
- ✓ La Institución asumió la auditoría interna presencial, como una herramienta estratégica para apoyar la toma de decisiones, evidenciar el mejoramiento continuo de los procesos caracterizados, las buenas prácticas institucionales y la adopción e implementación de los diferentes modelos de gestión.
- ✓ Los líderes de los procesos con su compromiso deben asegurar el registro y la implementación sistemática del seguimiento periódico y el análisis de los indicadores, así como el establecimiento de acciones correctivas o preventivas derivadas del análisis.
- ✓ **En relación con la eficacia:** La Institución al contar con un procedimiento documentado para la auditoría interna asegura la eficacia de la misma; los líderes

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 20 de 15

de los procesos al cerrar las acciones han evaluado la causa y la eliminan. Así mismo, cumple con los objetivos propuestos.

- ✓ **En relación con la eficiencia:** Evaluar los indicadores de los procesos, y dejar solamente los necesarios y apropiados para medir el desempeño y eficacia de cada uno permite que el mejoramiento continuo sea eficiente en relación con cada proceso.
- ✓ **En relación con la efectividad:** Se deben Intensificar los programas de capacitación en la herramienta administrativa G+, habilidades de servicio al cliente en todos los niveles de la institución, responsabilidad de los líderes y sus equipos de trabajo con el mantenimiento y el mejoramiento continuo del proceso y del sistema.

Se evidenció en este proceso Auditor, un alto grado de compromiso no solo en los líderes de los procesos, se debe resaltar la diligencia y compromiso de los equipos de trabajo que igualmente se articularon para enfrentar este proceso de autoevaluación. Se profundizó en el compromiso de los procesos, ejercicio que aporta al mejoramiento de la comunicación interna y fortalece los canales de comunicación con los grupos de interés y de valor.

### **Recomendaciones:**

Los líderes de los procesos deben gestionar los planes de mejoramiento originados en los hallazgos de la auditoría y evidenciar la eficacia de las acciones implementadas, para que el hallazgo no se vuelva a configurar, adoptando las correcciones y las acciones necesarias para eliminar la causa que dio origen a este, realizando el análisis de causas desde la óptica de los riesgos.

En coherencia con el numeral 8.7 Control de las salidas no conformes-ISO 9001:2015, los líderes de los procesos misionales deben continuar controlando los servicios No Conformes, las actividades a desarrollar y a controlar para impedir dichas salidas y realizar las correcciones a que haya lugar de conformidad con su identificación.

Teniendo en cuenta o establecido en la Norma ISO 21001, los líderes de los procesos que deben adelantar los planes de mejoramiento y las acciones de mejora y realizar los ajustes que la misma norma establece.

Al interior de los procesos se deben analizar los indicadores, que estos estén formulados y realmente se correspondan al desempeño o al quehacer del proceso, la calidad del servicio a la medición que la institución requiere, y se realice su seguimiento en observancia a la ficha técnica del servicio, y sean un soporte para el control y mejora continua de los procesos.

No obstante, la alta comunicación e interlocución de auditores y auditados, se debe profundizar más en el proceso de comunicación y lenguaje claro, que evite fallas en el abordaje de los procesos y en las respuestas que deben ser más adecuadas y acordes con lo evaluado.

	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	<b>Código:</b> F-EI-0002
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 21 de 15

Los líderes de los procesos deben fomentar la mejora continua, la autogestión y autoevaluación del proceso con su equipo de trabajo.



**Carlos Mario Orozco Valencia.**  
**Asesor de Control Interno**  
Coordinador Auditorías Internas.